



CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN

ThS.BS.Nguyễn Thùy Châu

MỤC TIÊU

- Trình bày được các bước chẩn đoán suy tim mạn
- Đánh giá được độ nặng (giai đoạn) của suy tim
- Định nghĩa được suy tim tâm thu và suy tim với phân xuất tổng máu bảo tồn
- Trình bày được các yếu tố thúc đẩy suy tim mất bù
- Phân tích được chiến lược điều trị suy tim mạn
- Trình bày được kế hoạch theo dõi điều trị suy tim mạn



NỘI DUNG

1. Chẩn đoán suy tim
2. Đánh giá ban đầu
3. Điều trị suy tim tâm thu
4. Theo dõi điều trị
5. Điều trị suy tim với phân xuất tổng máu bảo tồn



1. Chẩn đoán suy tim

1.1. Dấu hiệu lâm sàng

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, bao gồm:

- **Triệu chứng cơ năng:** khó thở khi gắng sức/ngủ, khó thở phải ngồi, ho nhiều về đêm, mệt mỏi, khó khăn khi thực hiện hoạt động thường ngày;

Hoặc

Triệu chứng không đặc hiệu ở người lớn tuổi: kiệt sức, lẫn trí, rối loạn hành vi, mất khả năng định hướng, rối loạn giấc ngủ, hay té ngã, mất khả năng tự chăm sóc, tăng cân nhanh.

- **Triệu chứng thực thể:** nhịp tim nhanh, nhịp thở nhanh, tiếng tim T3, ran phổi, tĩnh mạch cổ nổi, phù ngoại vi, gan to.

Việc tìm kiếm những dấu hiệu suy tim trên lâm sàng cần được thực hiện thường xuyên và một cách có hệ thống trên bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tim mạch đã được chẩn đoán.

1. Chẩn đoán suy tim

1.2. Dấu hiệu cận lâm sàng

- X quang ngực: bóng tim to, tái phân bố tuần hoàn phổi, phù mô kẽ, tràn dịch màng phổi hai bên.
- Điện tâm đồ: rối loạn nhịp (thường là rung nhĩ), bất thường tái cực thất (đoạn ST và sóng T), bằng chứng nhồi máu cơ tim cũ (sóng Q bệnh lý, block nhánh trái mới xuất hiện), dấu dày thất trái.
- Định lượng peptid natri niệu (BNP hoặc NT-proBNP)
 - Giá trị của peptid natri niệu phụ thuộc vào tuổi và tình trạng bệnh lý đi kèm.
 - Khi suy tim mất bù: nồng độ peptid natri niệu có thể tăng rất cao $\text{BNP} > 400\text{ng/L}$ hoặc $\text{NT-proBNP} > 450 - 1800\text{ ng/L}$.

- Định lượng peptid natri niệu không là xét nghiệm thường quy
- Được chỉ định khi chứng cứ lâm sàng và kết quả điện tâm đồ không rõ ràng.

1. Chẩn đoán suy tim

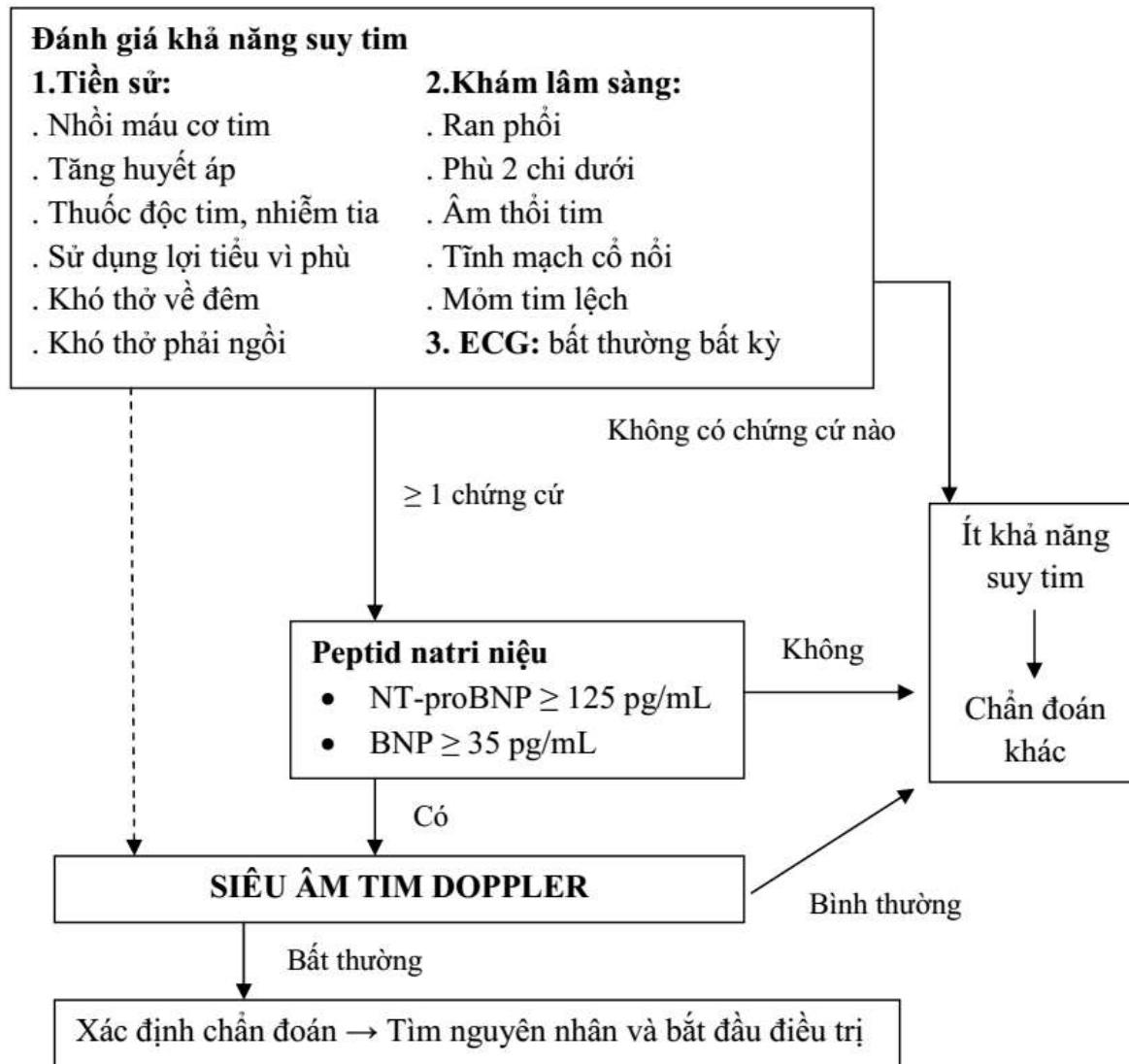
1.3. Xác định chẩn đoán

- Được xác định bởi những dấu hiệu khách quan của rối loạn thực thể chức năng tim lúc nghỉ
- Siêu âm tim doppler giúp đánh giá:
 - Phân xuất tổng máu thất trái
 - Kích thước các buồng tim cũng như độ dày thành
 - Chất lượng tổng máu và đồ đầy thất
 - Tình trạng hệ thống van
 - Áp lực động mạch phổi
 - Cơ chế suy tim



1. Chẩn đoán suy tim

1.3. Xác định chẩn đoán



Hình 1: Chẩn đoán suy tim (Nguồn: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016).



NỘI DUNG

1. Chẩn đoán suy tim
- 2. Đánh giá ban đầu**
3. Điều trị suy tim tâm thu
4. Theo dõi điều trị
5. Điều trị suy tim với phân xuất tổng máu bảo tồn



2. Đánh giá ban đầu

2.1. Lâm sàng

Hỏi bệnh

- Tiền căn bệnh lý
- Yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến suy tim mất bù

Khám

- Kiểm tra những dấu hiệu mất bù cần có chỉ định nhập viện (Mục 3.2)
- Đo huyết áp và cân nặng
- Tầm soát những bệnh lý đi kèm và những rối loạn lo âu trầm cảm.



2. Đánh giá ban đầu

2.2. Giai đoạn

Phân độ suy tim theo New York Heart Association (NYHA)

Giai đoạn I

Không triệu chứng, không giới hạn hoạt động thường ngày

Giai đoạn II: giới hạn nhẹ hoạt động thường ngày

+ không triệu chứng lúc nghỉ ngơi

+ hoạt động thường ngày có thể gây mệt mỏi, tim đập nhanh, khó thở

Giai đoạn III: giảm đáng kể hoạt động thể chất

+ không triệu chứng lúc nghỉ ngơi

+ mức độ hoạt động thấp hơn bình thường có thể gây những triệu chứng của suy tim

Giai đoạn IV: giới hạn nặng hoạt động mức tối thiểu, triệu chứng xuất hiện cả khi nghỉ ngơi.



2. Đánh giá ban đầu

2.3. Tiên lượng

Những yếu tố tiên lượng nặng:

- Lớn tuổi, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, ngưng tim được cứu sống
- Huyết áp thấp, giai đoạn NYHA III – IV
- Phức bộ QRS giãn rộng, loạn nhịp thất phức tạp
- Natri máu thấp ($\text{Na} < 135 \text{ mmol/L}$)
- Suy thận giai đoạn 4 (độ lọc cầu thận $< 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$)
- Phân xuất tổng máu giảm nặng ($\text{PXTM} < 30\%$).



2. Đánh giá ban đầu

2.4. Cận lâm sàng

Kiểm tra các giá trị sinh hóa máu

- Công thức máu, ion đồ (đặc biệt là natri và kali)
- Creatinine và độ lọc cầu thận
- Albumin và urê
- Bilan lipid máu
- Men gan
- Đường huyết và chức năng tuyến giáp

X quang ngực

- Đánh giá hiệu quả điều trị: sự cải thiện triệu chứng sung huyết phổi và/hoặc tràn dịch màng phổi
- Phát hiện một bệnh lý phổi có thể đồng thời là nguyên nhân của khó thở trong bệnh cảnh suy tim hoặc là nguyên nhân thúc đẩy suy tim cấp.



2. Đánh giá ban đầu

2.5. Xác định suy tim tâm thu hoặc suy tim với PXTM bảo tồn

(Suy tim tâm thu = suy tim PXTM giảm)

Phân loại suy tim		PXTM giảm	PXTM trung gian	PXTM bảo tồn
Tiêu chuẩn	1	Triệu chứng (+)	Triệu chứng (+)	Triệu chứng (+)
	2	PXTM < 40%	PXTM 40 - 49%	PXTM ≥ 50%
	3		1. Tăng peptid natri niệu 2. Có thêm ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn: a. Bệnh lý bất thường cấu trúc tim b. Rối loạn chức năng tâm trương	

Bảng 1: Định nghĩa suy tim với PXTM giảm, trung gian và bảo tồn (Nguồn: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016).

- **Suy tim tâm thu:** điều trị giúp giảm rõ tình trạng bệnh và tỷ lệ tử vong trong hầu hết các trường hợp
- **Suy tim với PXTM bảo tồn:** điều trị chỉ khả quan khi nguyên nhân suy tim có thể được giải quyết.



2. Đánh giá ban đầu

2.6. Những vấn đề cần được tầm soát

Bệnh lý cần có phương thức điều trị đặc hiệu

- Tim mạch: bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, bệnh van tim, tim bẩm sinh, tăng huyết áp và bất thường tạo nhịp cũng như dẫn truyền.
- Độc tim: nghiện rượu nặng, tiền căn hóa trị liệu (anthracycline), xạ trị vùng ngực, hội chứng nhiễm trùng.
- Bệnh lý toàn thân ảnh hưởng tim: pheochromocytoma, cường giáp, to đầu chi, những bệnh hệ thống.

Những nguy cơ đi kèm

- Yếu tố nguy cơ tim mạch: tăng huyết áp, đái tháo đường, thuốc lá, thừa cân – béo phì, rối loạn lipid máu
- Suy dinh dưỡng, thiếu máu mạn
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



2. Đánh giá ban đầu

2.6. Những vấn đề cần được tầm soát (tiếp theo)

Yếu tố thúc đẩy suy tim mất bù

- Ăn mặn và không tuân thủ điều trị
- Rối loạn nhịp: rung nhĩ, rối loạn nhịp thất
- Thiếu máu cơ tim, tăng huyết áp không được kiểm soát
- Bệnh van tim, bệnh cơ tim tiến triển
- Thuốc điều trị: kháng viêm không steroid, corticoid, ức chế Ca (verapamil, diltiazem), chống loạn nhịp nhóm I, pioglitazone, trastuzumab, monoxidine, thuốc ức chế tyrosine kinase.
- Nhiễm độc digitalis, rượu
- Thiếu máu
- Nhiễm trùng đường hô hấp
- Suy chức năng thận
- Cường giáp hoặc suy giáp



2. Đánh giá ban đầu

2.7. Nhu cầu sức khỏe của bệnh nhân

- Ảnh hưởng của suy tim lên hoạt động thường ngày
- Vấn đề sức khỏe gây ra bởi những bệnh lý đi kèm
- Những mong đợi của bệnh nhân khi bắt đầu và xuyên suốt quá trình điều trị
- Khả năng tự điều chỉnh lối sống
- Những khó khăn và trở ngại có thể gặp khi cần được can thiệp điều trị (yếu tố tâm lý và xã hội).
- Bilan lão khoa đối với người lớn tuổi
(chức năng nhận thức, khả năng tự chăm sóc, hoàn cảnh sống và tình trạng dinh dưỡng).



NỘI DUNG

1. Chẩn đoán suy tim
2. Đánh giá ban đầu
- 3. Điều trị suy tim tâm thu**
4. Theo dõi điều trị
5. Điều trị suy tim với phân xuất tổng máu bảo tồn



3. Điều trị suy tim tâm thu

3.1. Điều trị suy tim giai ổn định

Mục tiêu điều trị

- Nâng cao chất lượng cuộc sống:
 - Giảm triệu chứng: khó thở, mệt, phù...
 - Đảm bảo các hoạt động thường ngày
- Phòng ngừa những đợt mất bù
- Giảm số lần nhập viện cũng như thời gian nằm viện
- Làm chậm tiến triển suy tim và giảm tử vong.

Chiến lược điều trị



3.1. Điều trị suy tim ổn định

Hướng dẫn bệnh nhân nâng cao ý thức về căn bệnh

- Giúp bệnh nhân hiểu về suy tim và mô tả những triệu chứng
- Giải thích những phương thức điều trị được chỉ định và những tác dụng phụ của thuốc
- Thông báo kế hoạch theo dõi bệnh, giải thích kết quả những xét nghiệm đã có
- Cảnh báo những thuốc cần tránh trong điều trị suy tim (bổ sung vitamin K, kháng viêm không steroid, ức chế canxi)
- Hướng dẫn tự theo dõi và ghi nhận cân nặng, mạch, huyết áp
 - 1 – 2 lần/tuần đối với suy tim giai đoạn nhẹ
 - 2 – 3 lần/tuần đối với NYHA III – IV
- Hướng dẫn tự phát hiện những dấu hiệu nặng



3.1. Điều trị suy tim ổn định

Chế độ ăn uống và tập luyện

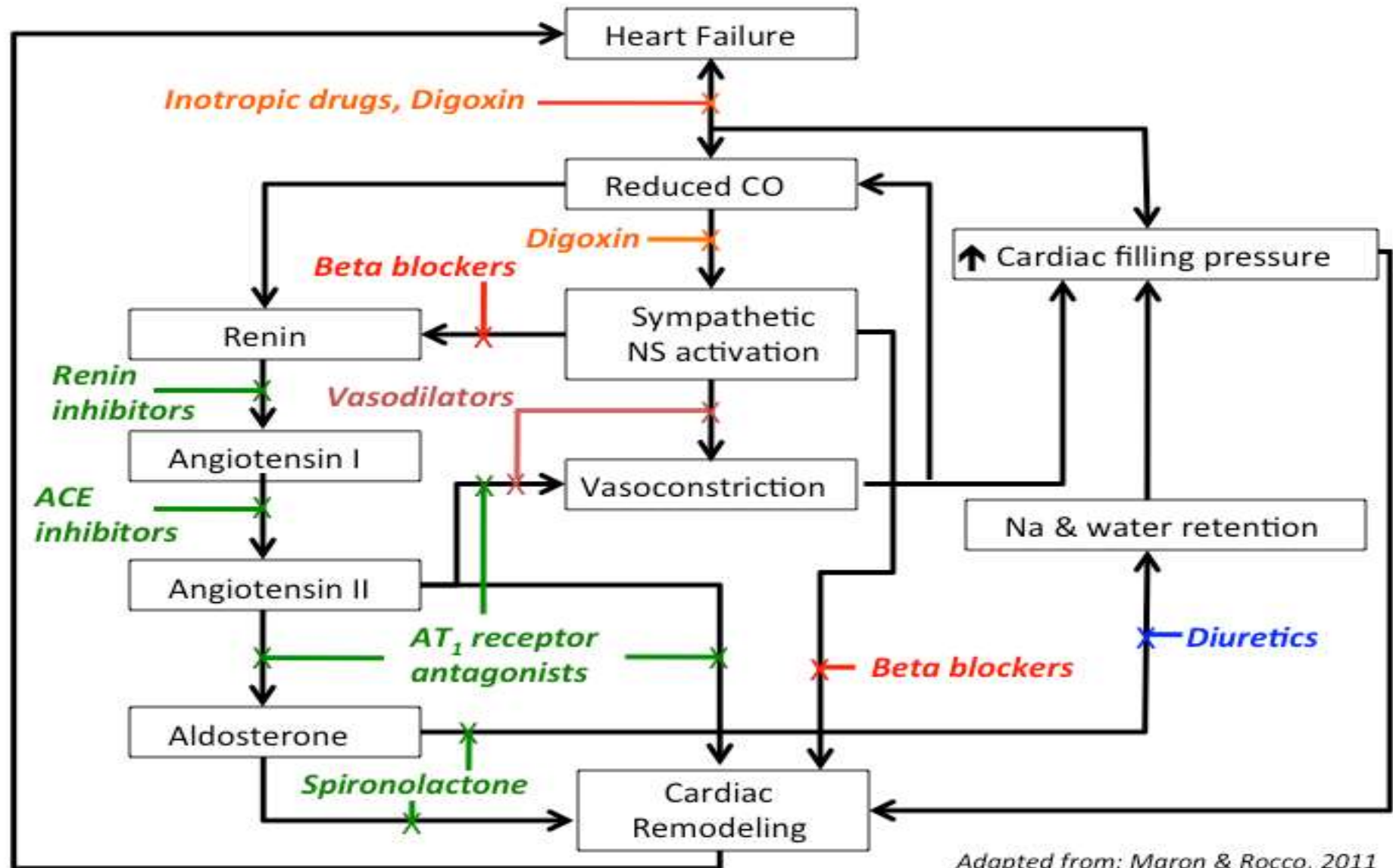
- Nhạt (lượng muối $\text{NaCl} < 6\text{g/ngày}$)
- Không uống quá nhiều nước (1-2L/ngày)
- Ngưng mọi thức uống chứa cồn
- Giảm thiểu các yếu tố nguy cơ tim mạch: ngưng hút thuốc lá, kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn ít chất đường bột, giảm thức ăn chế biến với nhiều dầu mỡ, kiểm soát huyết áp.
- Duy trì hoạt động thể chất đều đặn và phù hợp với tình trạng lâm sàng

(bệnh nhân ổn định nên thực hiện tối thiểu 3 giờ tập luyện mỗi tuần – trung bình 30 phút mỗi ngày).



3.1. Điều trị suy tim ổn định

Từ sinh lý bệnh đến phương thức điều trị



3.1. Điều trị suy tim ổn định

Điều trị nền

Ức chế men chuyển (ức chế thụ thể Angiotensine II) + Chẹn β ta

Bắt đầu từ liều thấp $\rightarrow$ tăng dần đến liều dung nạp tối đa

Đánh giá sự dung nạp thuốc trong giai đoạn chuẩn hóa liều

Điều trị triệu chứng

Lợi tiểu (quai, thiazide) khi có triệu chứng sung huyết

Giảm về liều tối thiểu có hiệu lực khi triệu chứng cải thiện

Điều trị bổ sung khi triệu chứng không cải thiện với điều trị nền

Đối kháng Aldosterone (Spironolactone, Eplerenone)

PXTM < 35% + chức năng thận đảm bảo

Không kết hợp: UCMC + UC thụ thể + Kháng Aldosterone



3.1. Điều trị suy tim ổn định

Điều trị rung nhĩ

Kháng đông uống

Ổn định nhịp thất: chẹn beta, digoxin

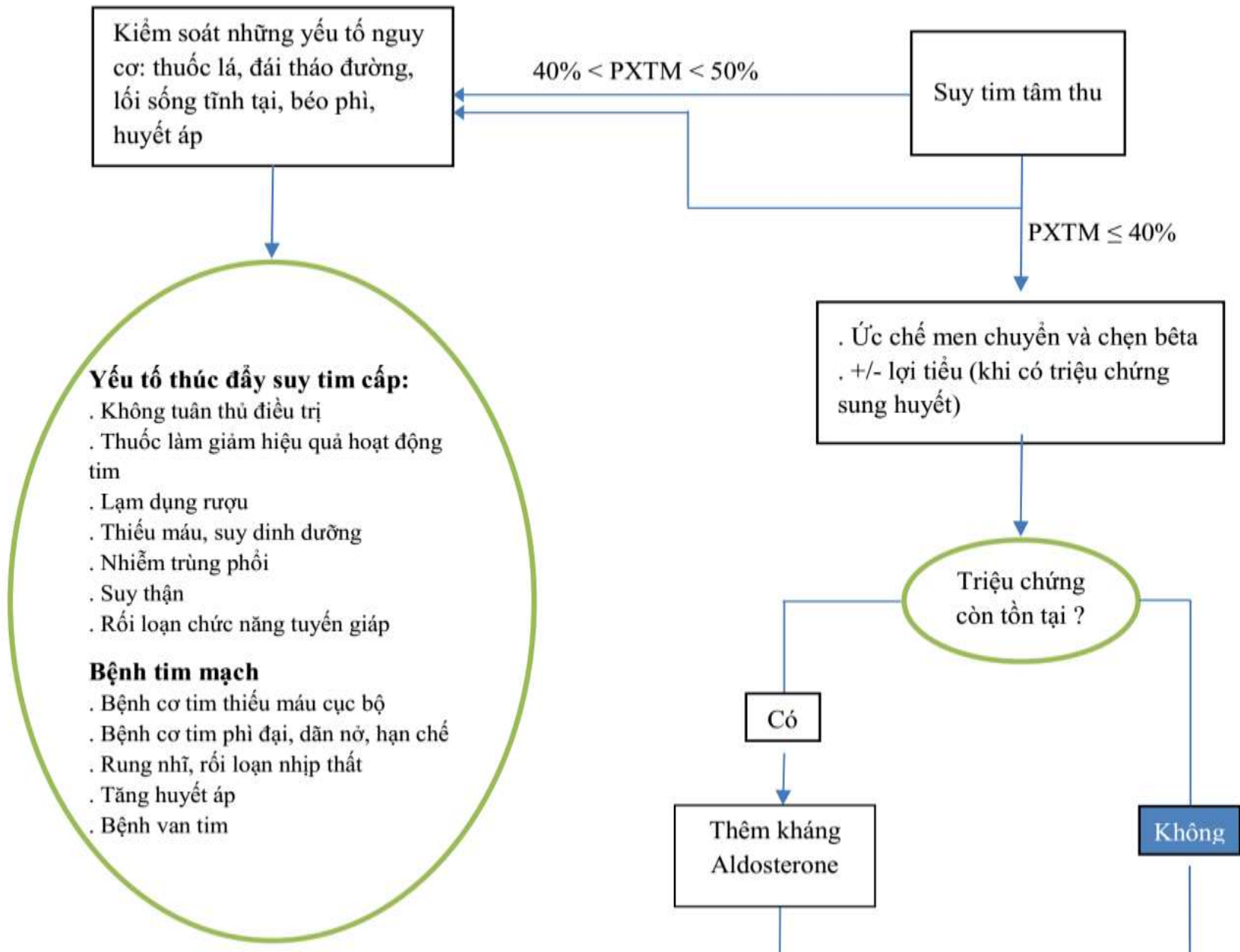
Chống loạn nhịp: amiodarone

Không sử dụng chống loạn nhịp nhóm I

Điều trị hỗ trợ

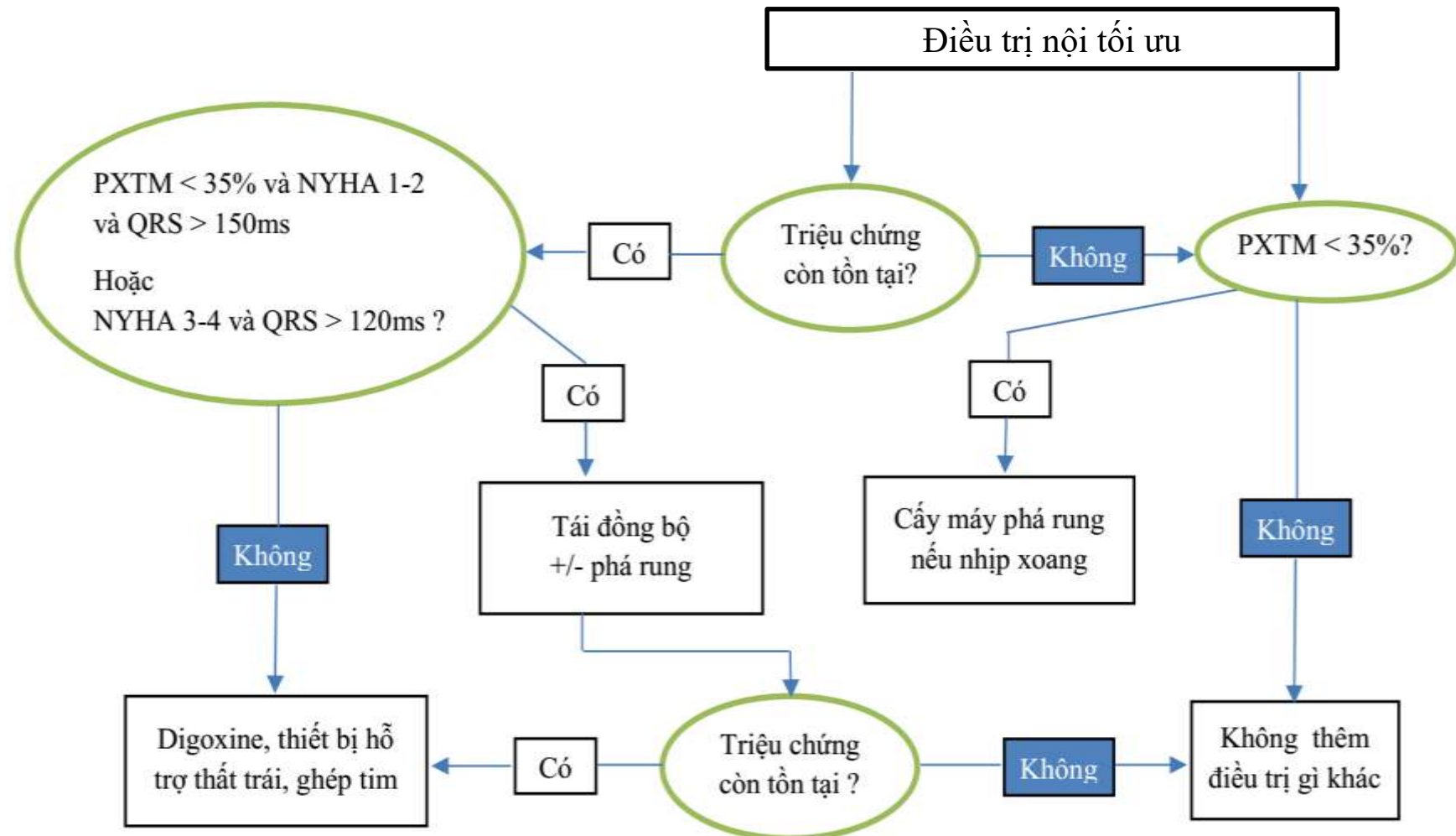
- Vắc xin phòng cúm hàng năm và phòng phế cầu mỗi 5 năm
- Điều trị thiếu máu: sắt, erythropoietin
- Giảm tần số tim nếu > 70 lần/phút : Ivabradine
- Kháng đông nếu: huyết khối buồng tim, loạn động thất nặng, giảm chức năng thất trái nặng.





Hình 2: Điều trị suy tim tâm thu (Nguồn: Guide du parcours de soin “Insuffisance cardiaque” 2014 – HAS France).

3.1. Điều trị suy tim ổn định



Hình 2: Điều trị suy tim tâm thu (Nguồn: Guide du parcours de soin “Insuffisance cardiaque” 2014 – Haute Autorité de Santé – France).

3. Điều trị suy tim tâm thu

3.2. Chỉ định nhập viện

Dấu hiệu lâm sàng nặng:

- Triệu chứng tăng nhanh so với tình trạng cơ bản (khó thở, ran phổi, phù chi dưới, tím tái, khó thở phải ngồi).
- Huyết động không ổn định ($HAT_{Thu} \leq 90\text{mmHg}$ hoặc $\geq 170\text{mmHg}$, $HAT_{Trương} \geq 120\text{mmHg}$, nhịp tim ≤ 50 lần/phút hoặc ≥ 130 lần/phút, nhịp thở ≥ 25 lần/phút, $SaO_2 \leq 90\%$)
- Suy tuần hoàn ngoại vi : huyết áp thấp, chi lạnh, da nổi bông, lơ mơ
- Rung nhĩ hoặc block nhĩ thất cao độ
- Bệnh cảnh hội chứng mạch vành cấp
- Đặc biệt: lớn tuổi, neo đơn, điều kiện chăm sóc tại nhà khó khăn

Dấu hiệu cận lâm sàng nặng:

- Hạ natri, tăng kali máu nặng
- Suy chức năng thận tiến triển



NỘI DUNG

1. Chẩn đoán suy tim
2. Đánh giá ban đầu
3. Điều trị suy tim tâm thu
- 4. Theo dõi điều trị**
5. Điều trị suy tim với phân xuất tổng máu bảo tồn



4. Theo dõi điều trị suy tim mạn

	NYHA I	NYHA II	NYHA III
Lịch khám định kỳ	≥ 1 lần/năm	≥ 2 lần/năm	≥ 3 lần/năm
Đánh giá lâm sàng	- Mức độ hoạt động thường ngày - Triệu chứng khó thở, mệt, trớ ngực - Đo tần số tim, huyết áp, theo dõi cân nặng, ghi nhận dấu hiệu ứ dịch (phổi, ngoại biên) - Kiểm soát chặt chẽ thuốc điều trị - Tầm soát biến chứng		
	- Xác định lối sống phù hợp - Hoạt động thể chất	Tuân thủ chế độ ăn: nhạt, tránh thức ăn công nghiệp, nên ăn nhiều rau quả tươi Hoạt động thể chất	
	Theo dõi tình trạng dinh dưỡng, kiểm soát lo âu – trầm cảm		

4. Theo dõi điều trị suy tim mạn

	NYHA I	NYHA II	NYHA III
Xét nghiệm sinh hóa	Phù hợp với diễn tiến lâm sàng	• Ít nhất 2 lần/năm và mỗi khi thay đổi thuốc: <i>natri, kali, creatinine, urê máu</i> • Nếu điều trị với kháng vitamin K: INR tối thiểu 1 lần/tháng • Đo BNP hoặc NT-pro BNP nếu nghi mất bù	
Xét nghiệm bổ sung	• ECG mỗi lần khám • Siêu âm tim: khi triệu chứng (+)	• ECG mỗi lần khám • Siêu âm tim mỗi 1-2 năm	• ECG mỗi lần khám • Siêu âm tim mỗi khi trở nặng
Sau nhập viện vì mất bù	• Đến khám BSGĐ 1 tuần sau xuất viện • Khám chuyên khoa tim mạch 1 tuần – 2 tháng sau xuất viện • Nếu không đạt mục tiêu điều trị: bổ sung thăm khám tùy theo diễn tiến lâm sàng		

NỘI DUNG

1. Chẩn đoán suy tim
2. Đánh giá ban đầu
3. Điều trị suy tim tâm thu
4. Theo dõi điều trị
5. **Điều trị suy tim với phân xuất tổng máu bảo tồn**



5. Điều trị suy tim với phân xuất tổng máu bảo tồn

Điều trị suy tim với PXTM bảo tồn cần đảm bảo:

- Chế độ ăn nhạt và hoạt động thể chất đều đặn
- Kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch: huyết áp, đường huyết, ngưng rượu – thuốc lá
- Điều trị triệu chứng sung huyết với thuốc lợi tiểu (quai, thiazide)
- Điều trị nguyên nhân: tăng huyết áp, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, bệnh cơ tim (phì đại, dẫn nỡ, hạn chế), đái tháo đường...
- Theo dõi chức năng thận và phòng ngừa những yếu tố thúc đẩy mất bù.

Kế hoạch theo dõi được thực hiện tương tự suy tim tâm thu.



TÓM TẮT

- Chiến lược điều trị suy tim mạn: sử dụng thuốc hàng ngày và duy trì lối sống phù hợp, kiểm soát yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm, duy trì tần số tim < 70 lần/phút.
- Vai trò của người bác sĩ gia đình:
 - phối hợp với bác sĩ chuyên khoa tim mạch thực hiện phác đồ điều trị suy tim mạn trong ngoại trú
 - đưa những khuyến cáo đến với bệnh nhân và thân nhân để cùng phối hợp điều trị
 - lựa chọn phương thức theo dõi phù hợp với tình trạng tâm lý xã hội của từng người bệnh
 - cung cấp thông tin diễn tiến bệnh cho các đồng nghiệp trong các chuyên khoa có liên quan.



THUỐC SỬ DỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TIM

Nhóm	Tên thuốc	Liều khởi đầu – liều tối đa (mg)	Lần dùng trong ngày
Lợi tiểu quai	Bumetanide	0.5 – 10	1-2
	Furosemide	40 – 600	1-2
	Torsemide	10 – 200	1-2
Lợi tiểu Thiazide	Chlorothiazide	250 – 1000	1-2
	Hydrochlorothiazide	12.5 – 100	1
	Metclazone	2.5 – 20	1
Ức chế men chuyển	Captopril	6.25 – 150	3
	Enalapril	2.5 – 40	2
	Lisinopril	2.5 – 40	1
	Perindopril	2 – 16	1
	Ramipril	1.25 – 10	1



THUỐC SỬ DỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TIM

Nhóm	Tên thuốc	Liều khởi đầu – liều tối đa (mg)	Lần dùng trong ngày
Ức chế thụ thể Angiotensin II	Candesartan	4 – 32	1
	Losartan	25 – 100	1
	Valsartan	20 – 320	2
Chẹn Beta	Carvedilol	3.125 – 50	2
	Bisoprolol	1.25 – 10	1
	Metoprolol Tartrate	12.5 – 200	2
	Metoprolol Succinate	12.5 – 200	1



THUỐC SỬ DỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TIM

Nhóm	Tên thuốc	Liều khởi đầu – liều tối đa (mg)	Lần dùng trong ngày
Đối kháng Aldosterone	Spironolactone	12.5 – 50	1-2
	Eplerenone	25 – 50	1
Digitalis	Digoxin	0.125 – 0.250	1
Dẫn mạch	Hydralazine/ ISDN	37.5/20 – 75/40	2-3

